

Paris

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

241

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Juin 1891, à 1 heure

PAR M. WILLOT

Né à

(), le

18 .

DE

LA CATARACTE HÉMORRHAGIQUE

Président : M. PANAS, Professeur.

*Juges : MM. } LE DENTU, Professeur.
 } CAMPENON et BRUN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVÉ

15 - Rue Racine - 15

1891



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		N...
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBENE.
		STRAUS.
Clinique médicale.....		SEE (G.).
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		N...
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETTÉLER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'attend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUJARDIN

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ LIBRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

INTRODUCTION

La dénomination de cataracte hémorrhagique que nous avons choisie pour titre de notre thèse inaugurale n'est pas encore employée par tous les auteurs. La cataracte hémorrhagique, en effet, n'est pas une entité morbide ; elle ne répond pas à une lésion connue jusqu'à présent, ni à un état particulier de la cataracte.

Le mot « hémorrhagique » ne doit donc faire préjuger ni de la nature, ni de la pathogénie de la cataracte ; il y a un glaucome hémorrhagique, mais il n'y a pas au sens strict du mot de cataracte hémorrhagique.

L'hémorrhagie n'est qu'un accident qui accompagne un des temps de l'extraction ou qui survient plus ou moins longtemps après et vient entraver d'une façon presque toujours désastreuse le résultat de l'opération la mieux conduite.

Il est bien entendu que nous éliminons toute hémorrhagie provenant de l'incision de la sclérotique ou de toute lésion de l'iris (section, arrachement, etc.) qui

trouve son explication toute naturelle dans le traumatisme et nous ne nous occuperons que de l'hémorrhagie pour ainsi dire spontanée que l'examen anatomopathologique nous a montrée provenir des membranes profondes de l'œil.

Ainsi comprise, la « cataracte hémorrhagique » est une expression qui restera, car elle caractérise un certain nombre de cas qui, par leurs symptômes, leur marche, leur terminaison et l'absence de lésions auxquelles on puisse attribuer l'hémorrhagie, méritent d'occuper une place déterminée dans le cadre de la pathologie oculaire. Nous nous retranchons d'ailleurs pour défendre ce terme de *cataracte hémorrhagique* derrière l'autorité de la Société française d'ophtalmologie qui paraît avoir adopté cette expression sans réticence dans les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet il y a peu d'années.

Nous avons été amené à prendre ce sujet pour thèse inaugurale à la suite d'une cataracte hémorrhagique dont nous avons été témoin dans le service de M. le professeur Dujardin.

Nous ferons d'abord l'historique de la question, et nous arriverons ensuite aux symptômes sur lesquels nous passerons rapidement, car ils ont été très bien décrits par M. Salamé dans sa thèse sur « les hémorrhagies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil. » L'étiologie et la pathogénie méritent une étude plus approfondie.

Nous serons brefs sur l'anatomie pathologique.

Quant au traitement, malgré l'importance de ce chapitre, l'état de nos connaissances ne nous permet pas de rien formuler de rigoureux.

Nous publions quelques observations à la fin de cet ouvrage. Celle de Wenzel, qui semblerait banale aujourd'hui, nous paraît intéressante à cause de son originalité. Une seule observation nous est personnelle. Nous reproduisons 2 observations, une de Prouff, une du professeur Magni, de Bologne, intéressantes par leurs conclusions ; elles sont presque les seules où la guérison fut obtenue avec un diagnostic certain d'hémorragie intra-oculaire. Nous possédons en outre un assez grand nombre d'observations. Nous avons cru utile de les réunir dans un tableau synoptique où on trouvera sommairement tous les renseignements que nous avons pu nous procurer. Nous saisissons avec joie l'occasion de remercier M. le professeur Dujardin qui nous a initié à la belle science de l'ophtalmologie et qui nous a procuré notre sujet de thèse.

Que M. le professeur Panas veuille bien agréer l'hommage de notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous remercions également nos amis Masson et Boucher, qui nous ont aidé en nous traduisant des observations anglaises.

HISTORIQUE

La première observation de cataracte hémorrhagique est rapportée par Wenzel, en 1779, dans son *Traité de la Cataracte*.

Il s'agit d'un œil atteint de glaucome comme l'indiquent tous les symptômes décrits exactement par l'auteur. Le glaucome, avant l'ophthalmoscope, était mal connu des anciens ; il n'est donc pas étonnant que des hémorrhagies aient été la conséquence d'opérations portant sur des yeux atteints de glaucome simple, par exemple, dont le diagnostic ne peut être fait que par l'examen du fond de l'œil.

Néanmoins la description fidèle que nous a donnée Wenzel, des accidents qui suivirent l'opération, nous permet de rapprocher ce cas des autres plus récents, où l'œil ne paraissait nullement altéré. Aussi nous croyons qu'on lira avec intérêt cette observation que nous reproduisons plus loin.

Il faut arriver à l'année 1857 pour trouver la relation d'une hémorrhagie grave qui entraîna la perte d'un œil opéré. Ce n'est pas à dire que cet accident ne soit pas

arrivé pendant cette longue période de 78 ans, et que les oculistes d'alors aient été privilégiés ; c'est qu'alors comme aujourd'hui mais surtout alors, les opérateurs n'aimaient pas à publier les échecs qu'on aurait pu attribuer à leur inhabileté ou à un procédé opératoire défectueux. Depuis que la méthode s'est perfectionnée, les chirurgiens qui ont eu à déplorer ce terrible accident, malgré les précautions les plus minutieuses et l'opération la mieux réglée ont redouté beaucoup moins le reproche de maladresse, et ils se sont efforcés de montrer par des observations de plus en plus nombreuses qu'il s'agissait dans ces cas d'une prédisposition morbide du fond de l'œil aux hémorrhagies.

Ce fut Withe Cooper qui rompit le premier le silence en 1857, après avoir observé dans sa pratique deux cas d'hémorrhagie post-opératoire. Il fit à Sainte-Marys Hospital, une clinique qui est le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Il rappelle que la plupart des chirurgiens ont observé cet accident une ou deux fois. Il conclut qu'on doit se défier des yeux dont la tension est augmentée et dont les vaisseaux sont injectés ; mais pour lui l'état local est sous la dépendance d'une cause générale toute puissante. La goutte, au dire du chirurgien anglais, serait la cause productive de tous ces désordres ; aussi recommande-t-il vivement de s'entourer des précautions les plus minutieuses avant d'opérer des personnes ayant présenté à une époque quelconque de leur existence quelques symptômes de goutte. Il montre que les gouteux sont très prédisposés aux congestions veineuses et cite deux observations

où la mort a été la conséquence d'une hémorrhagie veineuse survenue dans le cours d'une opération.

L'année suivante, Rivaud-Landreau citait 4 observations d'hémorrhagies qui toutes avaient été précédées de la sortie du corps vitré. Il vit dans ce fait purement mécanique, la sortie du corps vitré, la cause unique des hémorrhagies et prétendit tout expliquer par la détente brusque de l'œil qui détruisait l'équilibre de pression dans les vaisseaux. Il n'y aurait donc que des hémorrhagies « *ex-vacuo* ». — Quelques mois après, W. Cooper répondant à Rivaud-Landreau reconnaît que l'issue du vitreum joue le rôle de cause occasionnelle ; mais il n'admet pas cette sortie si facile sans une lésion préexistante des vaisseaux choroïdiens. La question en resta là.

En 1867, Mackenzie parlant de cet accident, rappelle que l'hémorrhagie est précédée 9 fois sur 10 de l'issue du corps vitré ; mais il y attache cette idée que le prolapsus du corps vitré n'est pas un fait purement accidentel, mais qu'il est le plus souvent sous la dépendance d'un état pathologique de la choroïde et du corps vitré qui prédispose à l'issue de celui-ci et à l'hémorrhagie. Les deux effets seraient donc sous la dépendance d'une même cause, mais l'un d'eux (perte du vitreum) agirait à son tour comme facteur important dans la production du second.

Jusque-là chaque cas d'hémorrhagie avait toujours trouvé une explication qui, à défaut d'autres, avait contenté leurs auteurs, lorsqu'en 1783, M. Warlomont publia une observation qui excita vivement l'intérêt de

tous les spécialistes. Il s'agit d'une cataracte sénile ordinaire chez une femme de bonne constitution. L'œil ne présentait absolument rien d'anormal, et l'opération parfaitement réussie faisait présager un résultat des plus satisfaisant, lorsque le succès se changea en désastre. La malade ressentit de vives douleurs dans son œil opéré et fut prise de vomissements qui s'accompagnèrent d'une hémorrhagie abondante. L'œil fut énucléé et l'examen histologique pratiqué avec grand soin par le professeur Van Duyse resta absolument muet. Aucune lésion appréciable dans les vaisseaux et les membranes de l'œil. Mais plus tard, sur les instances de la femme, l'autre œil fut opéré par M. Brun, sous la surveillance de M. Warlomont et avec des précautions infinies. L'opération réussit comme la première, le pansement fut appliqué, mais peu de temps après le bandeau se teignit de sang, et une hémorrhagie abondante vint encore une fois compromettre le résultat de l'opération.

Le problème était loin d'être résolu. Cette fois aucune lésion anatomo-pathologique : aucune irrégularité dans l'un des temps de l'opération, pas même un incident pouvant fournir non seulement l'explication, mais même une hypothèse pour expliquer cet affreux accident. Malgré cette décourageante observation l'attention des ophtalmologistes s'émut et les travaux se multiplièrent sur la question.

Cette même année, M. Salamé, sous l'inspiration de M. le professeur Panas fit un intéressant travail d'ensemble dans sa thèse inaugurale sur « les hémor-

rhagies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil. » L'auteur a spécialement en vue la cataracte hémorrhagique, mais pour élargir le cadre de son travail, il rapporte quelques observations d'hémorrhagies graves à la suite d'iridectomie et même de sclérotomie. L'anatomie pathologique n'a pu lui donner, pas plus qu'à nous, le mot de l'énigme, mais il arrive à des conclusions vers lesquelles le courant d'opinion actuel a fait pencher la solution. D'après lui, « la cause essentielle est l'augmentation du tonus de l'œil, qu'il s'agisse d'un glaucome franc ou d'une cataracte simple en apparence, mais qui s'accompagne en réalité de lésions de l'iris, de la choroïde ou du corps vitré, ayant toutes de la tendance à augmenter la tension intra-oculaire. C'est donc une hémorrhagie « ex-vacuo ». Ces conclusions, approuvées par M. le professeur Panas, sont encore aujourd'hui en rapport avec l'opinion des plus éminents ophtalmologistes, comme nous le verrons plus loin.

A partir de ce moment, les travaux se multiplièrent sur ce sujet, et la question fut traitée avec l'importance qu'elle méritait. Jusque-là le problème se bornait à peu près à rechercher les causes de l'hémorrhagie, pour pouvoir la diagnostiquer et s'abstenir d'une opération inutile et cruelle par ses suites pour le malade, et dangereuse pour la réputation de l'opérateur. La perte de la vision étant considérée comme fatale, on voulait seulement empêcher l'hémorrhagie de devenir dangereuse pour les jours du malade, et on se demandait s'il fallait énucléer immédiatement un œil hémorrhagié.

Bientôt de nouvelles observations prises avec toute la rigueur désirable vinrent ouvrir de nouveaux horizons et montrer que le pronostic n'était pas toujours fatal comme on l'avait pensé. Deux de ces observations sont dues à Girard ; une autre à Prouff, de Limoges et la 4^e au professeur Magni, de Bologne. Ces publications ne modifièrent cependant pas sensiblement les théories émises ; le pronostic fut toujours regardé comme aussi grave et le traitement ne changea pas de terrain ; mais elles eurent, du moins, le mérite de provoquer de nouveaux travaux ; les observations se succédèrent ; on les trouvera résumées dans notre tableau synoptique.

Deux congrès d'ophtalmologie ouverts, l'un en 1884, l'autre en 1886, se livrèrent à une discussion approfondie sur cet important sujet. On en lira avec intérêt le compte-rendu dans les « Bulletins de la Société française d'ophtalmologie » (1).

Tout récemment le professeur Van Duyse (5), de Gand, vient de faire paraître un travail des plus important sur « l'hémorrhagie choroïdienne grave dans l'extraction du cristallin cataracté ».

Cette œuvre repose principalement sur deux observations de cataracte hémorrhagique dues au docteur Bribosia fils.

(1) Baudon.

(2) *Revue clinique d'ocul.*, 1884, p. 157.

(3) Magni, *Rivista clinica de Bologna*, 1884, p. 159.

(4) Année 1884, p. 141 et 1886, p. 76.

(5) *Annales d'oculistique*, t. CV, année 1891, p. 112.

L'étiologie y est l'objet d'une discussion approfondie basée sur une série de recherches expérimentales très curieuses et sur les données physiologiques et cliniques.

Nous avons puisé largement dans ce chapitre où ont été soulevées toutes les questions de pathogénie.

SYMPTOMES

Nous choisissons comme type de notre description le cas qui se présente le plus ordinairement.

L'opération est terminée ; le pansement est appliqué et le malade porté dans son lit. Tout va bien et l'opérateur semble n'avoir qu'à se féliciter du succès, lorsque quelques heures après ou seulement le deuxième ou le troisième jour, le malade est pris de malaise, souvent de nausées et de vomissements. Presque aussitôt ou en même temps, il éprouve dans l'œil opéré une violente douleur bientôt suivie de l'apparition du sang sur les pièces de pansement. L'hémorrhagie devient bientôt abondante et sa gravité va parfois jusqu'à faire craindre pour la vie du malade. En général, on la voit s'arrêter au bout de quelques heures ; mais on l'a vue se prolonger pendant six jours. L'humeur vitrée s'écoule constamment, précédant ou accompagnant le sang. Si on entr'ouvre les paupières quand l'écoulement est franchement établi on voit les lèvres de la plaie renversées et remplies par un gros caillot en dessous duquel suinte du sang liquide. Tantôt ce caillot se résorbe lentement,

tantôt il détermine une panophtalmie avec suppuration du globe de l'œil. Le plus ordinairement, il n'y a pas d'inflammation et l'œil s'atrophie sans réaction ; on en a même signalé parfois la conservation d'un certain degré de vision.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur une coupe antéro-postérieure de l'œil énucléé, voici ce qu'on observe ordinairement :

Un épanchement abondant de sang entre la sclérotique et la choroïde ; ces deux membranes sont fortement séparées l'une de l'autre par un caillot. La rétine et la choroïde sont complètement décollées et repoussées vers le centre du globe en un cône à génératrice incurvée en dedans. Le corps ciliaire est décollé dans une grande étendue et s'avance vers la plaie cornéenne.

L'examen microscopique pratiqué trois fois n'a jamais pu trouver d'altérations vasculaires. Seule une observation de Proodfoud dans l'« *American journal ophthalmology* » signale une dilatation anévrysmale de l'artère centrale de la rétine et au-dessous une rupture.

Nous renvoyons pour les détails de l'examen hystologique aux travaux originaux (1) que nous ne pourrions que copier.

- (1) Warlomont, *Annales d'oculistique*, 1883, I, XC, p. 6.
Dufour, *Bull. et Mém. de la Soc. fr. d'oph.*, 1886, p. 78.
Fieuzal, — — — 1884.
Prof. Badal, de Bordeaux, *Arch. d'oph.*, 1889, p. 351.

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE

La cataracte hémorrhagique s'observe à tout âge ; depuis 19 ans (cas de Chibret) jusqu'à 85 ans (W. Cooper), mais bien plus souvent dans un âge avancé. Le sexe est sans influence puisque sur 51 observations que renferme notre tableau synoptique, les femmes y figurent 26 fois et les hommes 25. Le glaucome est la cause toute puissante des hémorrhagies ; c'est elle qui est notée le plus grand nombre de fois et tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il n'est pas besoin d'autre facteur.

Il est donc utile, avant toute opération de cataracte, de s'assurer par la palpation du degré de la tension intro-oculaire. On notera aussi comme un symptôme fâcheux toute rougeur de l'œil avec injection marquée de veines ciliaires antérieures, indice d'un mauvais état de la circulation choroïdienne.

L'alcoolisme qui prédispose à l'artério-sclérose généralisée, l'hypertrophie du cœur et les lésions étendues des gros vaisseaux en augmentant la pression sanguine ; les altérations du sang (Da Gama Pinto) sont des facteurs énergiques de la cataracte hémorrhagique. Mais la question s'embarrasse quand aucun de ces symp-

tômes n'existe ; plusieurs fois la terrible complication qui nous occupe s'est produite sur des yeux en apparence normaux ; chez des sujets très bien portants, sans altérations du système circulatoire. Dans ces cas, nous croyons qu'il existe une altération vasculaire locale restée introuvable jusqu'à présent à cause de son degré peu avancé et du petit nombre d'examens histologiques pratiqués. Cette opinion est corroborée par Van Duyse dans ses expériences sur des lapins : il a montré que malgré des pressions énormes et la brusque extraction du cristallin, on n'arrivait pas dans la plupart des cas à faire éclater des vaisseaux sains. Cette notion de la fragilité des parois vasculaires réduit à leur juste valeur les causes occasionnelles et empêche d'y voir le facteur unique ou de leur refuser toute importance.

Il ne paraît pas douteux que la brusque sortie du corps vitré ait pu contribuer à faire éclater des vaisseaux dont l'état d'équilibre se maintient à peine (Manolescu).

Mais lui faire jouer le seul rôle dans la production de cet accident comme le prétendait Withe Cooper est une théorie impossible à admettre. Si cette influence était telle, les hémorrhagies seraient bien autrement fréquentes car, on ne voit pas pourquoi, la même cause agissant sur des yeux sains resterait le plus souvent sans effet.

Le professeur anglais nous paraît avoir pris l'effet pour la cause. Dans presque toutes les observations, il est dit nettement que le cristallin suivi du corps vitré

s'était engagé de lui-même entre les lèvres de la plaie comme mû par une force invisible. Cette force invisible, cette vis à tergo, c'était l'hémorrhagie. Il en est de même des autres circonstances sur lesquelles on a trop insisté à défaut d'autre explication. Nous voulons parler spécialement des vomissements dont la fréquence ne permet pas d'y voir un fait purement accidentel. D'après ce que l'on connaît des symptômes généraux qui accompagnent les fortes augmentations de pression intra-oculaire, il n'est pas difficile d'admettre que les désordres profonds de l'œil et en particulier la compression des nerfs ciliaires et la douleur atroce qui en résulte ne puisse par action réflexe, provoquer des nausées et des vomissements.

C'est évidemment la même cause qui dans un cas provoqua une véritable crise d'éternuements (Dianoux) et une autre fois développa des attaques d'épilepsie chez une femme de 72 ans qui n'avait jamais présenté aucune manifestation de cette grande névrose. Le procédé opératoire n'a pas plus de valeur pathogénique pourvu que l'œil soit sain. L'action nerveuse sympathique, qui est selon l'expression de Van Duyse, avec les lésions artérielles et l'altération du sang, le trépied pathogénique des hémorrhagies en général, cette action nerveuse pourrait bien jouer selon lui, dans l'espèce, un rôle important. Il s'appuie sur l'autorité de Lance-reaux qui met sur le compte du système nerveux toutes les dilatations veineuses, les hémorrhoides, les épistaxis et les congestions locales arthritiques pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie. Ici l'action vaso-dilata-

trice serait mise en jeu par l'émotion, et par l'excitation traumatique des nerfs ciliaires.

En résumé, nous admettons que les causes générales créent une certaine prédisposition, mais qu'elles sont impuissantes à constituer de toutes pièces la cataracte hémorrhagique. Elles ne peuvent agir que sur un terrain préparé d'avance. Dans les cas qui défient toute prévision, il s'agit sans doute d'un glaucôme latent attendant pour se révéler la moindre excitation comme le traumatisme opératoire « agissant vraisemblablement sur les nerfs de la 5^e paire pour produire une forte congestion (Chibret). »

TRAITEMENT

Il n'est pas possible actuellement de formuler un traitement efficace ; si on lit la plupart des observations publiées, on verra que souvent l'hémorrhagie a été absolument désastreuse en dépit de tous les moyens employés. Dans les cas exceptionnels où la vision a été conservée, le traitement s'est borné à bien peu de choses.

Il y a cependant quelques indications qui nous paraissent justifiées par les conclusions auxquelles nous sommes arrivés au chapitre de l'étiologie ; nous allons rapidement les passer en revue.

Lorsqu'un œil a présenté à un moment quelconque des symptômes de glaucome ; lorsque l'augmentation du tonus, la dilatation des vaisseaux, l'immobilité de la pupille, l'étendue du champ visuel où les phénomènes subjectifs laisseront planer le moindre doute sur la nature de la cataracte, il sera prudent de faire une *iridectomie préparatoire* au moins un mois avant l'opération. Toutefois, malgré les théories admises, l'expérience démontre (Van Duyse) qu'il ne faut pas trop compter sur cette précaution.

Une observation publiée par le docteur Dujardin, il

y a quelques années est intéressante à ce point de vue. Il s'agissait d'opérer le second œil d'une malade qui avait perdu l'œil droit quelques mois auparavant à la suite d'une extraction compliquée d'hémorrhagie.

Pour l'autre œil M. Dujardin fit une iridectomie préparatoire et pratiqua l'extraction de la lentille deux mois plus tard. Tout marcha à souhait et la vue fut rendue avec une très bonne acuité.

Six semaines plus tard, en l'espace de deux ou trois jours, la vue se perdit brusquement à la suite d'une attaque glaucomateuse caractérisée par la dureté excessive du globe et l'excavation de la pupille, sans douleurs ni rougeurs extérieures de l'œil. Il ne faut donc par trop compter sur la garantie d'une iridectomie préalable : dans le cas de M. Dujardin, l'hémorrhagie put être évitée, mais la malade perdit la vue par glaucome, c'est pour revenir au même.

Quant à la méthode d'extraction il sera préférable de pratiquer un petit lambeau. Aussitôt la sortie du cristallin on se hâtera d'appliquer un bandeau compressif.

M. le professeur Panas, pour rendre la compression plus efficace interpose entre le bandeau et les paupières closes une éponge fine.

Si l'hémorrhagie n'a pu être prévue ou si elle se produit en dépit de ces précautions, que faut-il faire ? Contre l'écoulement du sang *les applications de glace pilée* vivement recommandées par W. Cooper seront souvent efficaces.

La compression est un moyen hémostatique qui réussit encore mieux mais au prix des plus vives douleurs.

On a recommandé récemment les *injections d'ergotine à la tempe* combinées avec la compression de la carotide.

Mentionnons aussi pour être complet les révulsifs, les sangsues et ventouses à la tempe ou à la nuque ; les applications chaudes aux extrémités.

On pourra employer tous ces moyens, sinon simultanément, du moins successivement.

Il n'y a pas d'exemple d'hémorrhagie ayant entraîné la mort du sujet quel que soit du reste le traitement auquel on ait donné la préférence.

Dans les rares cas où la vision a été conservée, le traitement ne paraît pas en avoir eu le mérite.

On a proposé d'enlever doucement, avec des pinces, le caillot qui remplit les lèvres de la plaie dans le but de faire cesser la tension et d'éviter cette épine inflammatoire, cause de panophtalmie. Ces manœuvres ne doivent être tentées qu'avec de grandes précautions ; le caillot en faisant tampon est lui-même un agent hémostatique. Son ablation est une cause d'hémorrhagies à répétition.

Il faudra toujours se conformer aux règles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

Tout ce qui précède n'est praticable que si on est déterminé à conserver le globe de l'œil ; mais la conduite des chirurgiens est loin d'être tracée et ici se pose une importante question qui divise les ophtalmologistes depuis longtemps.

Faut-il pratiquer l'énucléation ? Au point de vue purement scientifique il serait désirable d'enlever l'œil

immédiatement et de le livrer à l'examen histologique; on étendrait ainsi le champ des expériences et la lumière jaillirait sans doute un jour de ces nombreuses constatations. On ne saurait trop admirer la courageuse résolution des opérateurs qui, comme Warlomont, se décidèrent séance tenante à énucléer un œil qu'ils considéraient comme voué fatalement à la panophtalmie, la suppuration, avec menace d'ophtalmie sympathique. Si le pronostic avait conservé ces sombres couleurs il n'y aurait pas d'hésitation et l'énucléation s'imposerait. Heureusement cette terminaison n'est pas la plus fréquente, au contraire; souvent sans douleurs très vives, l'œil s'atrophie sans inflammation; on a même vu le sang se résorber et la vision redevenir satisfaisante dans des cas tout à fait désespérés.

Aussi nous partageons absolument l'avis des opérateurs qui attendent pour énucléer l'apparition des accidents alors que tout espoir est perdu. Cette manière d'agir laisse au moins une porte ouverte à la guérison et conserve un organe capable de réaliser encore quelques conditions d'esthétique.

Lorsque l'on a eu à déplorer une cataracte hémorragique doit-on se risquer à opérer l'autre œil et à quels procédés faut-il avoir recours?

Il est certain qu'il n'y a pas d'indication absolue à choisir la méthode d'extraction; il y a plusieurs exemples d'hémorragie rétro-choroïdienne grave chez des sujets qui avaient subi avec succès quelque temps auparavant l'extraction de la cataracte sur l'autre œil, circonstance ordinairement très favorable, mais ces cas

sont l'exception et on doit s'attendre à une nouvelle catastrophe.

Nous croyons que la réclinaison, recommandée par M. le professeur Van Duyse offrirait la meilleure planche de salut et que l'hémorrhagie que l'on veut éviter, si elle se produisait par hasard, n'aurait jamais la gravité de celle qui nous occupe.

Ce procédé, tout imparfait qu'il soit, compte de nombreux succès, comme le dit de Græfe « c'est un devoir de charité de ne pas oublier que l'opération de la cataracte par abaissement a rendu à la vue des millions d'individus. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Mon père fut appelé en 1760 à Pesth, en Hongrie, pour M^{me} la comtesse Crachal-Kowitz, épouse du Président de la Chambre de Hongrie. Cette dame était affectée de cataracte à l'œil droit. La pupille était tout-à-fait immobile et fort dilatée, comme dans presque toutes les espèces de goutte sereine ; elle avait eu des douleurs assez violentes avant que la cataracte se fût déclarée. Le cristallin était d'un blanc jaune et très opaque ; le globe de l'œil fort dur : la cornée faisait une saillie en pointe ; les vaisseaux variqueux qu'on remarquait sur la sclérotique, ainsi que les complications dont je viens de faire l'énumération, firent juger que l'opération n'aurait point de succès. Cependant, à force de sollicitations de la part de la malade, des parents et même du médecin, auquel la malade avait confié le soin de sa santé, mon père se trouva contraint de la faire ; mais en assurant toujours qu'elle ne réussirait pas. A peine la cornée fut-elle incisée, et le cristallin extrait, que les vaisseaux variqueux de l'intérieur du globe s'ouvrirent et laissèrent échapper le sang qu'ils contenaient. Cette hémorrhagie dura dix heures ; au bout de ce temps elle s'arrêta d'elle-même sans qu'il en résultât d'accidents fâcheux. La malade, ayant été pansée, fut promptement mise au lit ; elle souffrit d'assez violentes douleurs pendant six heures consécutives, après lesquelles elles se

calmèrent insensiblement. La suite du traitement ne présenta rien de remarquable. Quand cet œil fut exposé à l'air, on aperçut la pupille assez noire, entièrement immobile, fort dilatée, et la malade ne put rien distinguer, comme mon père l'avait annoncé. La cornée était parfaitement réunie.

Cet œil, après l'opération, se trouva moins difforme qu'auparavant, en raison de sa couleur. Le globe était moins dur, la sclérotique n'était plus aussi couverte de vaisseaux variqueux ; les douleurs, auxquelles la malade était fort sujette avant l'opération, revinrent beaucoup moins fréquemment. Ce fut donc un léger soulagement ; mais pour l'obtenir en pareil cas, le médecin ne peut pas se permettre de conseiller l'opération, qui ne promet et ne présente pas toujours cette espèce de succès.

OBSERVATION II.

(Journal des Sciences médicales de Lille, 29 juillet 1887.)

M^{me} D..., 70 ans, demeurant à Lille, entre au Dispensaire Saint-Raphaël, le 6 juin 1887, pour se faire opérer d'une double catar. arrivée à maturité. L'œil droit s'est perdu il y a quelques années ; depuis deux mois environ la cécité est absolue, la malade en est réduite à la simple perception de la lumière.

Nous constatons une double cataracte à gros noyau recouvert d'une mince couche corticale grisâtre. Tension intra-oculaire normale.

L'extraction de la cataracte est pratiquée le jour même à l'œil droit, le plus anciennement couvert : procédé sup. à petit lambeau sup. comprenant le 1/3 de la circonférence cornéenne, avec iridectomie étroite. Cocaïne dans les deux yeux, précautions antiseptiques ordinaires.

Tout avait marché à souhait, et le blépharostat enlevé, nous pressions légèrement avec la curette en bas de la cornée pour

expulser le cristallin : au même moment, l'humeur vitrée s'écoule en nappe par la plaie, nous n'avons que le temps de faire sortir, avec la curette plate, le cristallin refoulé en avant contre la cornée ; nouvelle émission d'humeur vitrée pendant cette manœuvre. Le lambeau de la cornée reste procident, l'écartement entre les lèvres de la plaie demeure très considérable, et, dans le but de réduire, si c'est possible, la hernie du corps vitré, nous appliquons le bandeau avec un peu plus de pression que d'habitude.

Notons que pendant l'opération nous n'avons pas eu la moindre hémorrhagie, même lors de l'excision de l'iris.

Constatons aussi la parfaite docilité de la malade ; aucun effort involontaire, pas de contraction brusque qui puissent être incriminés comme cause de ce désastre dont la cause restait inexplicable, n'ayant à nous reprocher aucune incorrection dans l'exécution des divers temps de l'opération.

Six heures après, appelé auprès de la malade, nous la trouvons dans l'anxiété avec une céphalalgie violente ; nous constatons surtout un suintement sanguin très abondant, tous les objets de pansement sont déjà traversés, des taches de sang se retrouvent même jusque sur les draps et l'oreiller. Par prudence, le bandeau est resté en place : potion de chloral pour la nuit.

Le lendemain, la malade est beaucoup plus calme, se plaint beaucoup moins de la tête : l'hémorrhagie ne paraît pas s'être aggravée ; même potion que la veille.

Au bout du sixième jour, l'œil est examiné : un peu de rougeur des paupières sans gonflement notable. La plaie opératoire faite à la partie supérieure de la cornée est extrêmement béante, l'écartement des lèvres de la plaie mesure plus d'un centimètre, et l'intervalle est rempli par une masse noirâtre, exubérante, mélangée de sang et d'humeur vitrée.

Les choses restent en l'état pendant une quinzaine ; à chaque pansement, la rondelle de toile qui couvre l'œil est humectée de sang noirâtre et de sérosité assez abondante.

La masse qui fait hernie entre les bords de la plaie change peu à peu d'aspect, devient grise, parsemée de petites granulations rougeâtres, le travail de cicatrisation s'opère, mais avec lenteur.

La malade quitte le Dispensaire le 4 juillet ; sa plaie cornéenne est largement ouverte, mais toute souffrance a disparu. Le globe oculaire est déjà très atrophié.

OBSERVATION III.

(Personnelle.)

Marie Guilbert, 72 ans, demeurant à Évin-Malmaison (Nord), se présente à la consultation de M. le Professeur Dujardin, le 14 septembre 1890, pour une double cataracte dure, de coloration foncée, complète à l'œil gauche, très avancée à l'œil droit.

L'attention se porte tout d'abord sur l'état des conjonctives oculaires : elles présentent une injection vasculaire très prononcée se rapprochant beaucoup de la vascularisation qu'on observe dans les états glaucomateux ou dans les cas d'obstacle à la circulation des veines choroïdiennes. Par le palper, on ne constate aucune élévation de la tension intra-oculaire ; les pupilles ne sont pas dilatées et réagissent bien à la lumière.

L'opération, déjà proposée à la malade par un confrère, paraît très praticable, malgré l'existence de ce lacis veineux conjonctival qui semble indépendant de tout état glaucomateux.

Vers le milieu d'octobre, on pratique l'extraction de la cataracte à l'œil gauche par petit lambeau supérieur avec iridectomie. L'opération marche sans encombre, la cataracte, très volumineuse, sort néanmoins avec facilité sans aucune issue de l'humeur vitrée.

Trois heures après l'opération, la malade, en s'asseyant sur le vase de nuit, est prise subitement d'une violente douleur à l'œil opéré, et peu de temps après, on remarque que le bandeau se tache de sang. Appelé aussitôt, M. Dujardin trouve la malade en proie à de vives souffrances, le pansement est inondé de sang.

L'œil découvert, en entre-bâillant les paupières, on constate l'existence d'un gros caillot sanguin qu'on laisse en place pour ne

pas renouveler le suintement hémorrhagique qui paraît arrêté. Application de compresses froides boriquées pendant tout le jour : la nuit, bandeau légèrement compressif.

Au bout de quatre ou cinq jours, pendant lesquels nous redoutions la complication d'un phlegmon, les douleurs cessent à peu près complètement ; quand l'œil commence à pouvoir être examiné assez facilement, on constate que le lambeau cornéen est tout-à-fait renversé à angle presque droit ; entre les lèvres de la plaie opératoire, un magma noirâtre fait légèrement saillie au dehors.

Après six semaines, la malade revient dans le service ; la cicatrisation est terminée, mais l'œil est tout-à-fait aveugle et passablement atrophie.

M. le Professeur Dujardin ne demande pas à opérer l'autre œil qui paraît offrir les mêmes chances d'insuccès.

OBSERVATION IV.

D^r PROUFF. — (*Revue clinique d'Oculistique*, année 1884, p. 157.)

En 1875, Laurent Ahgral, 52 ans, cultivateur à Lampaut-Günvilliau (Finistère), vint me consulter pour une cataracte à l'œil droit. Bien que n'ayant pas encore le diplôme de Docteur, j'en fis l'extraction sous la surveillance de mon frère, le D^r Prouff. Lambeau supérieur de trois millimètres avec iridectomie. Tout s'était régulièrement passé, lorsque j'aperçus, à la partie supérieure du corps vitré, s'avancer une masse gris-noirâtre qui vint s'accoler presque à la partie postérieure de la cristalloïde remplissant, pour ainsi dire, tout le champ pupillaire. La plaie restait légèrement béante, mais sans battements des lèvres ; j'appliquai immédiatement le bandeau compressif.

Au bout de deux heures, j'allai revoir le malade, le bandeau était taché de sang ; le malade souffrait ; j'enlevai le bandeau et je trouvai un caillot de sang volumineux entre les lèvres de la plaie ;

toute la chambre antérieure était remplie de sang. Je me contentai d'appliquer un bandeau compressif qui fut maintenu pendant vingt-cinq jours.

Il n'y eut pas de douleurs après le quatrième jour; la rougeur de l'œil ne fut jamais intense. Au quinzième jour, le malade partit avec sa plaie encore mal fermée, à cause du caillot auquel je n'avais pas osé toucher.

Je croyais l'œil perdu pour la vision et me trouvais très heureux que l'œil restât à peu près indolore. Quel ne fut pas mon étonnement, au bout d'un an, de revoir à mon malade, ayant à son œil droit, une vision suffisante pour se livrer aux travaux de la campagne. Il y avait néanmoins de nombreux flocons dans le corps vitré, mais la pupille était assez nette, et il n'existait qu'un léger enlèvement des extrémités de l'iris entre les lèvres externes de la cicatrice cornéenne.

Cette fois, le malade venait me consulter pour son œil gauche qui était atteint d'irido-choroïdite séreuse, laquelle ne me semblait pas sympathique, mais paraissait due aux mêmes influences organiques qui avaient déterminé l'hémorragie intra-oculaire de l'autre côté. Depuis, je n'ai plus eu de nouvelles de ce malade.

OBSERVATION V.

MAGNI. — (*Rivista clinica de Bologna*, 1884, p. 159.)

Au mois de décembre dernier, j'ai eu l'occasion de voir un Monsieur d'Ancona, âgé de 70 ans, atteint primitivement à l'œil droit de cataracte dure, complète, commençante à l'œil gauche, et qui venait d'être opéré par le Professeur Magni, lequel avait employé sa méthode ordinaire, c'est-à-dire l'incision linéaire sans iridectomie.

L'opération avait bien marché; la lentille était sortie sans difficultés, on avait expulsé quelques débris de masse corticale qui

étaient restés dans l'œil, et l'opéré distinguait assez bien tous les objets qu'on lui présentait.

Le Professeur Magni allait appliquer le bandeau, quand il aperçut un peu de sang dans la chambre antérieure. Il le fit sortir avec la petite curette de Daviel, mais l'hémorrhagie ne tarda pas à se reproduire plus abondante, et l'opérateur crut prudent de ne pas continuer les manœuvres d'expulsion et il se contenta de faire appliquer sur l'œil des compresses froides. L'opéré passa une assez bonne nuit, mais le lendemain, le bandeau était tellement imprégné de sang, qu'il fallut l'enlever. L'aspect de l'œil était loin d'être rassurant : la chambre antérieure était pleine de sang, la cornée bée et l'iris poussé au dehors par un gros caillot de sang qui le distendait. La vision était nulle. On pensa que l'hémorrhagie s'était produite *ex vacuo* à la suite de la rupture d'un vaisseau rétinien probablement athéromateux. On remit un bandeau légèrement compressif, on continua l'emploi des compresses froides et on prescrivit au malade le repos absolu.

Matin et soir on changeait le pansement et on mettait chaque fois dans l'œil un disque gélatineux d'atropine. On appliqua également à la tempe une sangsue artificielle.

Au bout de peu de temps, le sang commença à se résorber, et bientôt on put voir l'iris à travers le segment supérieur de la cornée. Huit jours après l'opération, il n'y avait presque plus de sang dans la chambre antérieure, et on apercevait la moitié supérieure de la pupille. La plaie commençait à se cicatriser aux extrémités, mais la partie médiane était occupée par l'iris qui faisait hernie. Le malade commençait à distinguer les doigts, quoique confusément. On fit l'incision de l'iris hernié et on maintint le bandeau compressif pendant huit ou dix jours encore, après lesquels le malade commença à distinguer les gros objets. L'amélioration continua peu à peu, et quarante-jours après l'opération, le malade put s'en retourner chez lui complètement guéri et lisant avec un verre de 15 Dioptries le numéro 4 des échelles typographiques.

TABEAU SYNOPTIQUE

AGE ET SEXE	NATURE DE LA CATARACTE ET ÉTAT DE L'ŒIL	ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX ET LOCAUX	Procédé opératoire	MOMENT ET DURÉE DE L'OPÉRATION	TRAIITEMENT ET MARCHÉ DES ACCIDENTS	REMARQUES
1. Vieille Dame.	Cataracte jaune, kératocône, globe dur, vaisseaux variqueux de la sclère.	Pas de renseignements.	Pas de renseignements.	Aussitôt la sortie du cristallin. Durée dix heures.	Pas de traitement. Atrophie du globe de l'œil.	"
2. Fem. 70 ans.	Double cataracte senile; globes durs; pupilles immobiles.	Id.	"	Immédiate. Durée 13 heures.	Panophtalmie et suppuration.	Sortie spontanée du corps vitré pendant l'extraction du cristallin.
3. Vieille Fem.	Pas de renseignements.	Rhumatisante. Surdité. Agitation continue.	"	Le dixième jour. Durée une heure.	Panophtalmie et atrophie.	"
4. Fem. 64 ans.	Cataracte senile.	Tempérament très sanguin. Congest. de l'œil avec photopsies.	"	Dix heures après l'opération.	Applications d'eau froide. Atrophie sans suppuration.	"
5. Veuve âgée.	Double cataracte benticulaire.	Bonne santé. Conditions très favorables.	"	Quatre jours après l'opération. Durée deux heures.	Suppuration et atrophie complètes.	Le hémorrhagie paraît nettement résolu; d'une forte contusion du globe de l'œil suivie de l'écoulement du corps vitré.
6. Femme jeune.	Double cataracte senile.	Hémiplegie. Suite d'hémorrhagie cérébrale remon- tant à plusieurs années.	"	Quelques heures après l'opération. Durée 24 heures.	Saignées, ainsapismes, eau froide. Perte totale de l'œil.	Chor du globe oculaire pon- dans la section de la cornée. brusque sortie du cristallin et du corps vitré.
7. Hémiplég.	Pupille très dilatée.	Amblyopie de l'autre œil à la suite d'abaissement de la cataracte.	"	Troisième jour. Durée trois heures.	Atrophie sans inflammation.	Dans un brusque mouvement de tète, le malade se heurta violem- ment le front et ce choc fut aussitôt suivi d'hémorrhagie.
8. Fem. 85 ans.	"	Santé excellente. État de l'œil très bon.	"	Quatrième jour. Durée 36 heures.	Perte de l'œil.	L'hémorrhagie se produisit pendant un effort de la malade pour se mettre au lit.

(1) Wenzel.

(2) White Cooper, *Annales d'Oculist.*, 1857, p. 177.

(3) W. Cooper, Id.

(4) Revue d'Ambron, Id. 1858, p. 181.

(5) Revue d'Ambron, *Annales d'Oculist.*, 1858, p. 181.

(6) Id. 1858, p. 183.

(7) Id. 1858, p. 184.

(8) White Cooper, Id. 1858, p. 184.

AGE ET SEXE	NATURE DE LA CATARACTE ET ETAT DE L'OEIL	ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX ET LOCAUX	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE	MOMENT ET DURÉE DE L'HÉMORRHAGIE	TRAITEMENT ET MARCHÉ DES ACCIDENTS	REMARQUES
(9) Fem. 63 ans.	Cataractes seniles dures.	Santé parfaite. Vision satisfaisante. Tension normale des deux yeux.	Petit lambeau inférieur. Iridectomie.	Demi-heure après l'opération.	Enucleation suivie d'examen microscopique. Pas de lésion des vaisseaux.	Sortie spontanée du cristallin. On s'aperçut de l'hémorragie pendant des efforts de vomissements.
(10) La même.	"	"	Lambeau médian sous iridectomie.	Id.	Compresses de glace pilée. Bandeau compressif.	Comme la première fois, le cristallin s'échappa brusquement.
(11) Hom. 36 ans.	Cataracte capsulo-lenticulaire et indurée.	Etat général débilisé par fièvre intermittente et typhoïde.	Kératotonie inférieure et iridectomie.	Quatrième jour.	Conservation du globe de l'œil. Perte complète de la vision.	L'hémorragie survint pendant des efforts du malade pour se mouchoir.
(12) Vieillard.	Pas de renseignements.	Pas de renseignements.	Méthode à lambeau.	"	Perte complète de la vision.	Vomissements accompagnés de l'issue de tout le corps vitré.
(13) Femme.	"	Asthme.	Iridectomie préparatoire.	15 minutes après l'opération.	Oeil devint phthisique.	Malade fut prise de névralgies, vomissements avec écoulement du corps vitré suivi d'hémorragies. Même résultat sur l'autre oeil 15 jours après.
(14) Fem. 22 ans.	Cataractes siliqueuses. Staphylome opaque de la cornée. Hypertension.	"	Iridectomie et ablation du staphylome.	Hémorragie presqu'immédiate. Durée une demi-heure.	Enucleation.	La malade eut des vomissements avec congestion marquée de la face.
(15) Hom. 55 ans.	Cataracte glaucomateuse.	Névralgies faciales fréquentes.	Iridectomie.	Pas de renseignements.	Atrophie de l'œil.	Sortie spontanée du cristallin et de l'humeur vitrée.
(16) Fem. 65 ans.	Oeil gauche cataracté dur. Tension normale.	Glaucome absolu à l'autre oeil.	Méthode de de Grafe modifiée.	Aussitôt après l'opération épanchement qui augmenta jusqu'au 25 ^e jour et remplit toute la chambre antérieure.	Ponctions répétées de la chambre antérieure. La vision revint avec acuité le 1 ^{er} jour et remplit toute la chambre antérieure.	"

(9) Warlomont, Annales d'Oculistique, t. XC, 1883, p. 5.

(10) Id.

(11) Id.

(12) Mooren, 1882, p. 205.

(13) Mooren, 1882, p. 205.

(14) Salanqé, Th. de Paris, 1884.

(15) Id.

(16) Id.

(13) Mooren, 1882, p. 205.

(14) Salanqé, Th. de Paris, 1884.

(15) Id.

(16) Id.

(17) Id.

(18) Id.

(19) Id.

(20) Id.

(21) Id.

(22) Id.

(23) Id.

(24) Id.

(25) Id.

(26) Id.

(27) Id.

(28) Id.

(29) Id.

(30) Id.

(31) Id.

(32) Id.

(33) Id.

(13) Mooren, 1882, p. 205.

(14) Salanqé, Th. de Paris, 1884.

(15) Id.

(16) Id.

(17) Id.

(18) Id.

(19) Id.

(20) Id.

(21) Id.

(22) Id.

(23) Id.

(24) Id.

(25) Id.

(26) Id.

(27) Id.

(28) Id.

(29) Id.

(30) Id.

(31) Id.

(32) Id.

(33) Id.

AGE ET SEXE	NATURE DE LA CATARACTE ET ÉTAT DE L'ŒIL	ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX ET LOCAUX	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE	MOMENT ET DURÉE DE L'HÉMORRHAGIE	TRAIITEMENT ET MARCHE DES ACCIDENTS	REMARQUES
17. Hom. 52 ans.	"	"	Méthode à lambeau. Iridectomie.	Deux heures après l'opération. Grande abondance.	Bandeau compressif. Vision redevenant suffisante pour travail des champs.	Le malade parut le 15 ^e jour en conservant un volumineux caillot entre les lèvres de la wound.
18. Hom. 70 ans.	Cataracte dure.	"	Incision linéaire sans iridectomie.	Hémorragie immé- diate. Violente hémor- rhagie le lendemain.	Pansement compressif, sanguines. Eau froide. Vision revint suffisante pour travail né l'été de Snellen.	"
19. Hom. 57 ans.	Cataracte senile.	Legre athérom.	Iridectomie.	Hémorragie immé- diate.	Panophtalmie suppurative.	œil d'opht. après 8 jours auparavant avec succès malgré un traumatisme antérieur.
20. Veu. 45 ans.	Cataracte senile.	"	"	Deux heures après l'opération.	Vision abolie sans sup- puration.	L'hémorragie fut précédée d'effarouchements.
21. Hom. 60 ans.	Cataracte senile double.	Santé parfaite.	Pas d'iridectomie.	Deux heures après le pansement.	Injection d'ergotine. Com- pression de la carotide. Atrophie de l'œil.	"
22. Hom. 19 ans.	Luxation du cristallin dans l'œil droit et glaucome.	L'autre œil était atrophie.	Incision linéaire laté- rale. Division.	Abondante hémor- rhagie immédiate.	La vision resta suffisante pour la marche.	Sortie spontanée du cristal- lin et du corps vitré.
23. Fem. 57 ans.	"	Myopie.	Petit lambeau super- ieur. Chlorotomie.	Douze heures après l'opération.	Panophtalmie, suppuration.	Au réveil la malade eut de l'agitation avec prolapsus du corpus vitré.
24. Fem. 59 ans.	"	Embonpoint et myopie.	Chlorotomie.	Quelq. heures après l'opération.	Atrophie.	L'hémorragie s'accompagne de vomissements.
25. Fem. 73 ans.	"	Un peu alcoolique.	Keratotomy super- ieure et iridectomie.	Hémorrh. immédiate. Hémorrhagies répétées au bout de 6 semaines.	La vision se rétablit assez bien.	Le lendemain, le caillot d'œil hémorrhagique des lés.

(17) D. Pesenti de Lougnes. *Revue Clinique d'Ophtalmologie*, 1884, p. 159.
 (18) Prof. Magni, de Bologna, rapporté des
 par Fessard, *Bullet.* et *Mem. de la Société d'Ophtalmologie*, 1884, p. 141.
 (20) Dinnor, *Id.*, *Id.*, *Id.*, 1884, p. 141.
 (21) Alodie, *Id.*, *Id.*, 1880, p. 76.

(22) Chillet, *Bullet.* et *Mem. de la Société fr. d'Ophtalm.*, 1886, p. 77.
 (23) Da Cunha Pinto, *Annales d'Ophtalmologie*, 1884, p. 174.
 (24) *Id.*, *Id.*, 1884, p. 174.
 (25) *Armature. Revue Clinique d'Ophtalmologie*, 1880, p. 163.

AGE ET SEXE	NATURE DE LA CATARACTE ET ETAT DE L'OEIL	ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX ET LOCAUX	PROCÉDÉ OPÉRATEUR	MOMENT ET DURÉE DE L'HÉMORRHAGIE	TRAITEMENT ET MARCHE DES ACCIDENTS	REMARQUES
(26) Hom. 65 ans.	Cataracte sénile.	Dégénérescence granulo-graisseuse des artères.	"	Survint le 3 ^e jour.	Résorption du sang. Vision rampeée à 1/2.	"
(27) Hom. 64 ans.	Cataracte sénile.	Santé excellente.	Méthode de de Graefe.	Hémorrhagie immédiate.	Perte de l'œil.	"
(28) Hom. 75 ans.	"	"	Incision linéaire. Iridectomie.	Douze heures après l'opération.	Résorption du sang. V. 6/10.	"
(29) Femme.	Cataracte avec glaucome absolu.	"	Iridectomie.	Hémorrhagie immédiate.	Enucleation.	Brusque sortie du cristallin et du corps vitré.
(30) Hom. 16 ans.	Pas de cataracte.	"	Expulsion traumatique du cristallin.	Hémorrhagie immédiate.	Résorption. V. 1/5.	"
(31) Fem. 70 ans.	Cataracte sénile.	"	Méthode à lambeau. Iridectomie.	Hémorrhagie pendant le pansement.	Bandeau compressif. Atrophie.	Le corps vitré liquidifié s'écoula aussitôt la sortie du cristallin.
(32) Femme.	Synéchie postér. de l'iris.	Irido-choroïdite ancienne. Augmentation de tension.	Iridectomie.	Hémorrhagie immédiate.	Perte de l'œil.	"
(33) Femme.	Cataracte polaire postérieure.	"	Iridectomie préparatoire.	Hémorrhagie.	Résorption du sang. Lésure assez facile.	Le sang remplit la chambre antérieure sans s'écouler au dehors. Observation peu fréquente.
(34) Hom. 54 ans.	Pas de renseignements.	Pas de renseignements.	Méthode à lambeau.	7 h. après l'opération.	Panophtalmie, suppuration.	"
(35) Fem. 66 ans.	"	"	Id.	Id.	Atrophie sans suppuration.	Le corps vitré s'échappa pendant l'opération.

(26) Girard, Revue générale d'ophtalmologie, 1885, p. 323.
 (27) Prouff, id.
 (28) Girard, id.
 (29) Dufour de Lausanne, id.
 (30) Wikerkieniez, id.

(31) Dujardin, id.
 (32) Fieuzal, Revue générale, 1887, p. 78.
 (33) Fieuzal, id.
 (34) Holz, Rev. gen. d'ophtalm., 1888, p. 328.
 (35) Holz, id.

1887, p. 411.

AGE ET SEXE	NATURE DE LA CATARACTE ET ETAT DE L'OEIL	ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX ET LOCAUX	PROCEDE OPÉRATOIRE	MOMENT ET DURÉE DE L'HÉMORRHAGIE	TRAITEMENT ET MARCHÉ DES ACCIDENTS	REMARQUES
(36) Fem. 65 ans.	"		Iridectomie.	Hémorragie immédiate, durée 8 jours.	Panophtalmie.	"
(37) Hom. 66 ans.	Cataracte senile bien mûre.		Iridectomie.	Hémorragie immédiate.	Oeil perdu.	Cet homme avait reçu quelques temps avant l'opération un coup violent sur l'œil. L'autre œil opéré avec succès deux ans auparavant.
(38) Hom. 70 ans.	Cataracte senile.	Ancienne iritis avec synéchies. Albugineuse.	Iridectomie.	Hémorragie avant l'expulsion du cristallin.	Phénon.	"
(39) Fem. 66 ans.	Cataracte rougeâtre.	Oeil légèrement glaucomateux.	"	Hémorragie immédiate.	Atropine sans phlézénon.	"
(40) Femme âgée.	Id.			Legère hémorragie.	Atropine sans phlézénon.	L'hémorragie avait été prévue par le docteur Bribosia qui opéra pour obvier aux sollicitations de la famille.
(41) Hom. 71 ans. (42) Id.	Double cataracte senile bien mûre.	Injection de la conjonctive. Atropine sécheresse, yeux très hypertrophiés.	Iridectomie.	Hémorragie dans chaque œil pendant le pansement.	Tous les accidents empêchèrent la perte des deux yeux sans phlézénon.	Seule observation de deux cataractes hémorrh. dans la même année.
(43) Hom. 59 ans.	Cataracte senile ordinaire.	Soute parfaite.	Procede de de Groefe Iridectomie.	Quelques minutes après l'opération, dura plusieurs jours.	Panophtalmie. Eau blanchie.	"
(44) Hom. 50 ans.	Cataracte bien mûre.	Empoisonnement fortement sanguin.	Procede de de Groefe sans iridectomie.	Hémorragie immédiate. Continua 4 jours.	Bandes compressif. Atropine. Calomel. Eau dist.	"

(36)

(37) Dr Bribosia de Samur. Observ. inédites.
 (38) id.
 (39) id.
 (40) id.

(41)

(42) Dr Bribosia, de Samur. Observ. inédites.
 (43) id.
 (44) M. le Professeur Hudal, de Bordeaux. Archives d'ophtalm. 1889, p. 351.
 (45) Prod'homme. American Journal of ophthalmology - année 1888. p. 366.

AGE ET SEXE	NATURE DE LA CATARACTE ET ETAT DE L'ŒIL	ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX ET LOCAUX	PROCÉDÉ OPÉATOIRE	MOMENT ET DURÉE DE L'HÉMORRHAGIE	TRAITEMENT ET MARCHÉ DES ACCIDENTS	REMARQUES
(45) Hom. 54 ans.	Cataracte bien mûre.	*	Procédé de de Groffe.	12 h. après l'opération. Durée 24 heures.	Pansement répétés. Panophtalmie. Atrophie.	Vomissements violents au moment de l'hémorrhagie.
(46) Fem. 66 ans.	Double cataracte sénile.	Tempérament sanguin. Congestion de la face.	Lambeau supérieur.	12 h. après l'opération, se prolongeant 36 h.	Panophtalmie et atrophie.	
(47) Fem. 75 ans.	Cataracte double hypermature. Mauvaise perception lumineuse. Pupilles paresseuses.	"	Méthode de de Groffe. Iridentomie.	2 h. 1/2 après l'opération, continué 1 1/2.	Enlèvement des caillots. Bandeau compressif. Atroph.	"
(48) Fem. 68 ans.	Cataracte sénile ordinaire.	Obésité.	Pas d'iridentomie.	Quelques minutes après l'opération. Durée six jours.	Bandeau compressif. Atrophie.	La malade fut prise plusieurs fois de vomissements.
(49) Fem. 72 ans.	Cataracte sénile.	Bonne santé.	"	12 h. après l'opération.	Atrophie.	La malade fut prise de trois attaques d'épilepsie vraisemblablement dues à son hémorrhagie.
(50) Femme âgée.	Pas de renseignements.	Caractéristique.	Opération aux deux yeux.	Immédiatement après l'extraction.	Enucléation.	L'hémorrhagie se produisit à la suite d'un mouvement de l'œil pour regarder.
(51) Fem. 72 ans.	Double cataracte dure. Coloration brune. Conjonctives injectées. Veines variqueuses.	Elat général satisfaisant.	Petit lambeau supérieur. Iridentomie.	Trois heures après l'opération. Durée 1/2 heure.	Bandeau compressif. Atrophie.	"

- (45) Holtz, M. D. Chicago-American Journal of Optics, 1888, p. 63.
 (46) id. id. id. p. 63.
 (47) Dr. Fryer Kansas City, id. p. 45.
 (48) Hilenan, Mexico. Archives of Ophthalmology, 1888, p. 208.

- (49) Société ophtalm. du royaume Britannique, Janvier 1891.
 (50) Dr. Coppiez, cité par M. Van Duuse. Annales d'Ophtalmique, 1891, p. 120.
 (51) Observation personnelle.

Dans le tableau qui précède on voit que :

Les femmes y figurent 27 fois et les hommes 24.

L'augmentation du tonus de l'œil est noté six fois.

Le mauvais état de l'œil : immobilité des pupilles, rétrécissement du champ visuel, synéchies, irido-choroïdite, etc., est mentionné 8 fois.

NATURE DE LA CATARACTE :

Cataracte sénile ordinaire, 21.

Cataracte de couleur foncée, 4.

Cataracte siliqueuse, 1.

Cataracte régressive, 1.

Cataracte capsulo-buticulaire, 1.

Cataracte polaire postérieure, 1.

Les autres cas manquent de renseignements.

La santé générale a été trouvée bonne 8 fois, altérée plus ou moins gravement 13 fois. Dans les autres observations il n'en est pas question.

Quant au procédé opératoire, outre qu'il paraît avoir une importance secondaire, il n'est pas indiqué dans bien des cas. La méthode à lambeau est la plus fréquente.

L'hémorrhagie s'est produite pendant l'opération, aussitôt la sortie du cristallin, dans 20 observations. Elle eut lieu 14 fois dans un délai de quelques heures. Dans les autres cas, elle se produisit au bout de deux ou trois jours, voire même le 10^e jour.

La durée a été le plus souvent de plusieurs heures ;

dans 10 cas elle a persisté plus de 24 heures et a duré de 1 à 6 jours.

La terminaison a été la suivante : panophtalmie, 9 ; atrophie sans inflammation, 16.

Enfin on a pu obtenir la conservation plus ou moins complète de la vision, 8 fois ; mais comme nous l'avons exposé plus haut, ce résultat n'a été obtenu que deux fois avec un diagnostic certain d'hémorrhagie rétro-choroïdienne.

CONCLUSIONS

1° La « Cataracte hémorrhagique » est essentiellement constituée par l'hémorrhagie rétro-choroïdienne et exclut par sa définition même toute hémorrhagie ayant une autre origine.

2° Les lésions vasculaires, qu'il est cependant difficile de nier, ont échappé à tout examen. L'hémorrhagie reconnaît pour cause le glaucome quelles qu'en soient ses manifestations.

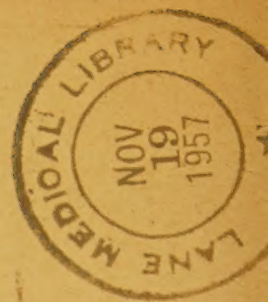
3° Le pronostic est presque toujours fatal et défie tout traitement.

4° En présence d'une cataracte hémorrhagique nous pensons qu'il est préférable pour pratiquer l'énucléation, d'attendre les accidents qui pourront survenir dans l'espoir d'une guérison qui, bien que très rare, n'est cependant pas sans exemple.

4° Lorsque, sur un œil cataracté, l'opération a été suivie d'hémorrhagie, il n'y a pas de contre-indication absolue à opérer l'autre œil par extraction ; mais il reste une ressource, la réclinaison de la cataracte à laquelle l'avenir accordera peut-être la préférence.

BIBLIOGRAPHIE

- WENZEL fils. — Traité de la cataracte, 1779.
- WHITE-COOPER. — Annales d'oculistique, 1837, p. 172.
— — — — — 1858, p. 184.
- RIVAUD-LANDRAU. — Annales d'Oculistique, 1858, p. 181.
- MOOREN. — Annales d'Oculistique, 1882, p. 203.
- WARLOMONT. — De l'hémorrhagie consécutive à l'extraction de la cataracte. Annales d'Oculistique, 1883, t. XC, p. 6.
- SEDAN. — De l'hémorrhagie consécutive à l'extraction de la cataracte. Revue clinique d'Oculistique et Annales d'Oculistique, t. XC, p. 143 (sept. 1883).
- MEYER. — Revue générale d'Ophtalmie, 1883, p. 12.
- SALAMÉ. — Des opérations consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil. Th. de Paris, 1884.
- ARMAIGNAC. — Hémorrhagie intra-oculaire à la suite de l'opération de la cataracte. Revue clinique d'Oculistique, 1884, p. 154.
- PROUFF (de Limoges). — *Ibid.*, p. 159.
- MAGNI (de Bologne). — Rivista clinica, 1884, p. 79.
- BAUDON. — Recueil d'Ophtalmie, 1884, p. 434.
- CUIGNET. — *Ibid.*, p. 434.
- DA GAMA-PINTO. — Revue générale d'Ophtalmie, 1884, p. 97.
- FIEUZAL. — Bull. Soc. Franç. d'Ocul., 1884, p. 141.
- GOTTI. — Riv. clin. di Bologna, 1884.
- KATZAUROW. — Wretch, 1883, p. 617.



- GIRARD. — Revue trimestrielle d'Ophtalmie pratique, 1883, p. 1.
DUFOUR. — Bull. Soc. franç. d'Ocul, 1886, p. 80.
FIEUZAL. — Bull. clinique Opht, 1886, p. 143.
KATZAUROW. — Westnik opht., 1886 (janvier-février).
SIMI. — Bull. d'Ocul., X, 1888, p. 133.
FRYER. — Americ. Journal. of Ophtalm., 1888, p. 108.
HOTZ. — *Ibid.*, 1888, p. 63.
PROUDFOOD. — *Ibid.*, 1888.
BADAL et FAGE. — Gaz. hebdom. de Bordeaux, 1889, p. 31.
KNAPP. — Arch. of Ophtalm., t. XX, 1891, p. 78.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
PANAS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.